

# 介護老人保健施設 あまさぎ園入所・利用申込書

（ 施設入所 ・ 短期入所 ）

申込日 平成 年 月 日

必要申込書類	1. <input type="checkbox"/> 施設入所・利用申込書	2. <input type="checkbox"/> 指定の診療情報提供書
	3. <input type="checkbox"/> 介護保険証の写し	4. <input type="checkbox"/> 介護負担限度額認定書の写し

入所希望者 (本人氏名)	フリガナ 印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
入所希望者 住所	〒	入所希望者 連絡先	自宅・携帯・職場
記入者氏名 身元引受人	フリガナ 印	生年月日 続柄	平・昭・大 年 月 日生 続柄 ( )
記入者住所	〒	連絡先 携帯等	携帯 ----- 自宅 ----- 職場

### 1：介護保険情報について

被保険者番号	10桁の番号を記入してください	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
介護保険負担 限度額負担区分	<input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> わからない <small>(未申請の方は市町村及び担当のケアマネージャー等にご相談ください)</small>	

### 2：現環境等について << 【 】へ利用事業所等を記入してください。 >>

<input type="checkbox"/> 自宅 ↓ (現在利用の介護保険サービス)
<input type="checkbox"/> 通所サービス ⇒ 週 回 ( ) 【事業所名】
<input type="checkbox"/> 定期短期入所 ⇒ 1ヵ月 日位利用) 【事業所名】
<input type="checkbox"/> 訪問看護・介護 ⇒ 週 回 ( ) ; <input type="checkbox"/> 福祉用具【】
<input type="checkbox"/> 長期間ショートステイ利用中 ⇒ 【事業所名】
<input type="checkbox"/> 入院中または施設入所中 ⇒ 【事業所名】
<input type="checkbox"/> その他 ⇒ 【】

### 3：生活状況等について

・担当居宅事業所		
事業所名	担当介護支援専門員	
・現在かかっている病院 (介護保険申請に係る主治医にチェックしてください。)		
病院	科	<input type="checkbox"/> 医師名
病院	科	<input type="checkbox"/> 医師名
病院	科	<input type="checkbox"/> 医師名
・同居家族 有 ( 人 ) ・ 無		
<input type="checkbox"/> 経管栄養である ( 鼻腔 ・ 胃ろう )		
本人・家族の意向等、その他：		